

Struma Ovari (Bir olgu nedeniyle)

STRUMA OVARI (CASE REPORT)

Ali YANIK*, Cazip ÜSTÜN*, Tayfun ALPER*, Sancar BARIŞ", Süleyman ALTUNSOY*, Şükrü ÇOKŞENİM*

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi, *Kadın Hastalıkları ve Doğum ve "Patoloji Anabilim Dalı, SAMSUN

ÖZET

Nadir rastlanması dolayısıyla överin germ hücre tümörlerinden benign struma ovarii olgusu literatür gözden geçirilerek irdelendi.

Anahtar Kelimeler: Överin germ hücre tümörü, Struma ovarii

T Klin Jinekoloj Obst 1994, 4:289-290

SUMMARY

A case of benign struma ovarii, which is a rare ovarian tumor, is presented here and associated literature is reviewed.

Key Words: Germ cell tumors of ovary, Struma ovarii

Anatolian J Gynecol Obst 1994, 4:289-290

Germ hücreli tümörler, gonadal, nadiren de ekstragonadal primordiyal germ hücrelerinden köken alırlar (1). Bilindiği gibi, germ hücreleri her üç germ yaprağını oluşturabilecek nitelikte multipotent hücrelerdir (1).

Total över neoplazmalarının %15-20'sini germ hücre tümörleri oluşturur ve bunların %2-3'ü maligndir (2-4). Teratomlar bu tümörlerin %95'ini teşkil ederler (5).

Tiroid dokusunun tümörün yarısından fazlasını oluşturduğu teratomlara struma ovarii adı verilmektedir. Matür teratomların %2-5'i struma ovarii olup, bunların %1-10'u maligndir (4,6,7). Struma'ların %6'sı bilateraldir (4). Hastaların %5-15'inde tirotoksikoz, üçte birinde asit izlenir (7-9).

Bu makalede batında yaygın asit ve pelvik kitlesi olan struma ovarii olgusu literatür ışığında irdelenmiştir.

OLGU SUNUMU

F.Ş. 44 yaşında, gravida 6, para 6, karında şişlik ve iştahsızlık şikayetleriyle polikliniğimize başvurdu. Yapılan sistemik muayenesinde; TA: 130/95 mm, Nb: 82/dk, solunum 22/dk, genel görünüm obez, batin muayenesi; ileri derecede asiti mevcut. Tiroid bilateral diffüz palpabl olarak saptandı. Öz ve soygeçmişinde 2

Geliş Tarihi: 27.09.1994

Kabul Tarihi: 10-10.1994

Yazışma Adresi: Dr.Ali YANIK
Ondokuz Mayıs Üniversitesi Tıp Fakültesi
Kadın Hastalıkları ve Doğum ABD
55139 SAMSUN

yıl önce geçirdiği kolesistektomi dışında herhangi bir özellik yoktu. Bimanüel muayenede aşırı asit nedeniyle pelvik organlar değerlendirilemedi. Yapılan abdominopelvik ultrasonografide, sağ över lojunda 10x12x10 cm boyutlarında, mikst eko yapısında düzgün kenarlı, homojen kitle ve batında yaygın asit saptandı. Uterus sol över, karaciğer, dalak ve böbrekler normal ultrasonografik görünümde idi. Tümör markırları AFP (-), CEA (-). Ca125 5.7 U/ml olarak saptandı.

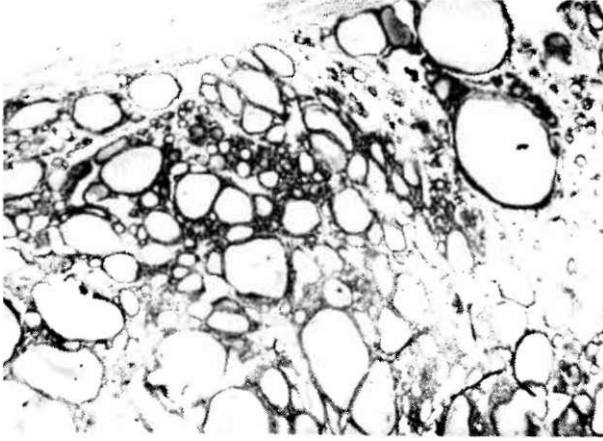
Hastaya pelvik kitle ön tanısıyla eksploratif laparotomi uygulandı. Laparatomide batında -7-8 litre serbest asit mevcuttu. Sağ överden köken alan -15x10 cm boyutlarında, multilobule, irregüler yüzeyle, solid ve kistik alanlar içeren kitle mevcuttu, kitle dışında pelvik ve abdominal organlar normal görünümde idi. Kitleden yapılan frozen sectionın benign gelmesi üzerine total abdominal histerektomi+bilateral salpingooferektomi+omentum biyopsisi+apendektomi yapıp operasyona son verildi.

Hastanın postoperatif dönemi normal seyredip, postoperatif 10. günde taburcu edildi. Patoloji sonucu; içleri kolloidle dolu çeşitli büyüklükteki tiroid follikülleri ile karakterize benign tümöral yapı (struma ovarii) olarak rapor edildi (Şekil 1).

Postoperatif yapılan tiroid fonksiyon testleri normal sınırlarda saptandı. Hasta halen takibimizde olup hastalığıyla ilgili bir sorunu yoktur.

TARTIŞMA

Kistik teratomların %12-15'inde tiroid dokusuna rastlanmasına karşın, benign ya da malign strumalar



Şekil 1. Histoloji benign troid dokusu ile karakterize x25 Hemo-
toksilen-Eosin
Figure 1, Histology is composed exclusively of benign thyroid
tissue x25 Hematoxylin-Eosin

ovaryen teratomların %2'sini oluştururlar (6,7). 1000 ve 2000 vakalık iki över tümörü serisinde struma ovarii %0.3~0.65 oranında saptanmıştır (9,10).

Ovaryen teratomlar genellikle genç yaşlarda görülmesine karşın, struma ovarii yaşamın 5. ve 6. dekadında görülmektedir (11,13). Bizim olgumuz ise 44 yaşındaydı. Struma olgularının ortalama %8'inde klinik olarak hipertroidi bulgularına rastlanır (6,7,13). Olgumuzda troid diffüz palpabl olmasına rağmen, troid fonksiyon testleri normal olarak değerlendirildi.

Struma'ların %1-10'u maligndir ve bunların sadece %5-6'sında metastaz görülür (13,14). Nadiren benign struma ovarii'lerde peritoneal yayılım görülebilir ve bu duruma strumosis adı verilir (12). Olgumuzda ise gerek makroskopik, gerekse mikroskopik metastaz bulgusuna rastlanmadı.

Benign struma ovarii'lerin çoğunda postoperatif dönemde tanı konmakta ve cerrahi eksizyon definitif tedavi olarak yeterli olmaktadır (15). Malign struma'ların tedavisi diğer germ hücreli över tümörlerinden ayrı tutulamaz (15). Bu bağlamda fertilitatesini tamamlamamış genç olgularda tek bir överde sınırlı tümörler için konservatif tedavi, fertilitatesini tamamlamamış genç olgularda tek bir överde sınırlı tümörler için konservatif tedavi, fertilitatesini tamamlamış olgularda tam bir cerrahi evreleme yapılmalıdır (15). İleri evre metastatik olgularda sitoredüktif cerrahiye takiben kemoterapi veya radyoterapi adjuvan tedavi olarak uygulanabilir. Son yıllarda

radyoaktif iyotun da (I^{131}) adjuvan tedavide başarılı olduğu gösterilmiştir (4,6).

KAYNAKLAR

1. Damjanov I. Teratocarcinoma stem cells. *Cancer Surveys* 1990; 9:303.
2. DiSaia PJ, Creasman WT. Germ cell, stromal and other ovarian tumors. In: DiSaia PJ, Creasman WT (eds.) *Mosby-Year Book Inc St Louis* 1993:426-57.
3. Gershenson DM, DeJunco G, Copeland LJ, Rutledge FN. Mixed germ cell tumors of the ovary. *Obstet Gynecol* 1984; 64:200.
4. Morgan LS. Hormonally active gynecologic tumors. *Seminars in Surgical Oncology* 1990; 6:83.
5. Williams SD. Germ Cell tumors. *Hematology/Oncology Clinics of North America* 1992; 6:967.
6. Willemse PHB, Oosterhuis JW, Aalders JG, Piers DA, Sleijfer DI, Vermeij A, Doorenbos H. Malignant struma ovarii treated by ovariectomy, thyroidectomy and I^{131} administration. *Cancer* 1987; 60:178.
7. March DE, Desai AG, Park CH, Hendricks PJ, Davis PS. Struma ovarii. Hyperthyroidism in a postmenopausal woman. *J Nuclear Med* 1988; 29:263.
8. Kempers RD, Dockerty MB, Hoffman DL, Bartholomew IG. Struma ovarii. Assitic, hyperthyroid and asymptomatic syndromes. *Annals Intern Med* 1970; 72:883.
9. Kawahara H. Struma ovarii with ascites and hydrothorax. *Am J Obstet Gynecol* 1963; 85:85.
10. Woodruff JD, Rauh JT, Markley RL Ovarian struma. *Obstet Gynecol* 1966; 27:194.
11. Pardo-Mindan FJ, Vazquez JJ. Malignant struma ovarii. Light and electron microscopic study. *Cancer* 1983; 51:337.
12. Hasleton PHS, Kelehan PK, Whittaker JS, Burslem RW, Turner L. Benign and malignant struma ovarii. *Arch Pathol and Lab Med* 1978; 102:180.
13. O'Connell MEA, Fisher C, Harmer CL. Malignant struma ovarii. Presentation and management. *Br J Radiol* 1990; 63:360.
14. Gould SF, Lopez RL, Speers WO Malignant struma ovarii, a case report and literature review *J Reprod Med* 1983; 28:415.
15. Ayhan A, Yamk F, Tuncer R, Tuncer ZS, Ruacan S. Struma ovarii. *Int J Gynecol Obstet* 1993; 42:143.